**DEKLARACJA KORZYSTANIA Z OBIADÓW W STOŁÓWCE SZKOLNEJ W SZKOLE PODSTAWOWEJ NR 8**

**IM. WOJCIECHA KORFANTEGO W MIKOŁOWIE**

*ROK SZKOLNY ……………..*

1. **Imię i nazwisko dziecka …………………………………………… klasa ……**

**Imię i nazwisko dziecka …………………………………………… klasa ……**

**Imię i nazwisko dziecka …………………………………………… klasa ……**

**Imię i nazwisko dziecka …………………………………………… klasa ……**

1. Imię i nazwisko rodzica………………………………………….

tel.kontaktowy: 1. .……………… …..… 2. …………………….……

1. Nr konta bankowego, na który dokonywane będą zwroty nadpłat za obiady:

………………………………………………………………………………………

1. **Zasady korzystania z usług stołówki szkolnej:**

* Cena obiadu od września 2023 wynosi **6** zł
* Numer konta na które należy dokonywać wpłat: **MBS 43 8436 0003 0000 0002 4035 0005**
* Wpłata za obiady dokonywana jest od 1 do 15-ego dnia miesiąca. Wpłat dokonujemy przelewem, zgodnie z treścią wiadomości o należności wysłanej przez kierownika świetlicy poprzez dziennik elektroniczny. **Tytuł przelewu**: imię nazwisko dziecka /klasa/ za miesiąc… . Jeżeli przelew jest łączony za więcej niż jedno dziecko to jego tytuł powinien brzmieć: imię dziecka pierwszego/kwota, imię dziecka drugiego itd.
* Absencję dzieci na obiadach należy zgłaszać najpóźniej do godz. 15.00 w pierwszym dniu nieobecności poprzez wysłanie wiadomości dziennikiem elektronicznym do kierownika świetlicy.
* Nieobecności zgłoszone z zachowaniem powyższego terminu będą odliczane od dnia następnego. Nie będą odliczane nieobecności niezgłoszone lub zgłoszone po terminie.
* Jeżeli dzieci uczestniczą w wycieczce (wyjściu), to odliczenie odbywa się automatycznie na podstawie listy sporządzonej przez nauczyciela – organizatora wycieczki (wyjścia).

1. **Deklaracja:**

* *Potwierdzam, że zapoznałam/em się z zasadami korzystania z usług stołówki szkolnej.*
* *Deklaruję korzystanie z obiadów w stołówce szkolnej na wyżej wymienionych zasadach w okresie od ……………………. do ……………………. Rodzic podpisując deklarację zobowiązuje się do wykupienia obiadów 5 dni w tygodniu (od poniedziałku do piątku ).*
* *Zobowiązuję się do dokonywania terminowych wpłat. W przypadku niedokonania wpłaty w powyższym terminie naliczane będą ustawowe odsetki za każdy dzień zwłoki. Zaległość w płatności za dany miesiąc żywieniowy powoduje wstrzymanie wydawania obiadów od kolejnego miesiąca.*

………………………………… ……………………………

Miejscowość, data Podpis rodzica